

香川県知事 殿

所在地  
事業所名称  
代表者氏名

(※押印不要)

## 介護支援専門員実務研修実習特例措置対象者OJT等実施報告書

下記の介護支援専門員のOJT等の実施結果について、下記のとおり報告します。

|                        |                    |     |     |             |   |
|------------------------|--------------------|-----|-----|-------------|---|
| 実務研修実習特例措置対象者記入欄       | フリガナ               |     |     | 介護支援専門員登録番号 |   |
|                        | 氏名                 |     |     |             |   |
|                        | OJT等実施日<br>(3日間)   | 1日目 | 年   | 月           | 日 |
|                        |                    | 2日目 | 年   | 月           | 日 |
|                        |                    | 3日目 | 年   | 月           | 日 |
|                        | OJT等の内容            |     |     |             |   |
| OJT等を受けての<br>学び、気づき、考察 |                    |     |     |             |   |
| 事業所指導者記入欄              | 事業所指導者からの<br>コメント  |     |     |             |   |
|                        | 指導者氏名              |     | 職種等 |             |   |
|                        | 指導者<br>介護支援専門員登録番号 |     | 連絡先 |             |   |

(注意事項)

介護支援専門員として、就業後1ヶ月以内に提出をすること。

記入内容が1枚に収まらない場合は、複数枚に分けて記入することは差し支えないが、番号を付すこと。

令和6年4月22日

香川県知事 殿

所在地 高松市番町四丁目1番10号  
 事業所名称 うどん県居宅介護支援事業所  
 代表者氏名 香川 太郎

(※押印不要)

## 介護支援専門員実務研修実習特例措置対象者OJT等実施報告書

下記の介護支援専門員のOJT等の実施結果について、下記のとおり報告します。

|                        |                                 |                                 |           |              |  |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|--|
| 実習特例措置対象者記入欄           | フリガナ                            | カイゴ シエン                         |           | 介護支援専門員登録番号  |  |
|                        | 氏名                              | 介護 支援                           |           | 37230999     |  |
|                        | OJT等実施日<br>(3日間)                | 1日目                             | 令和6年4月5日  |              |  |
|                        |                                 | 2日目                             | 令和6年4月12日 |              |  |
|                        |                                 | 3日目                             | 令和6年4月19日 |              |  |
|                        | OJT等の内容                         | ※上記3日間に受けたOJT等について具体的に記載してください。 |           |              |  |
| OJT等を受けての<br>学び、気づき、考察 | ※OJT等を受けての学びや気づき等を具体的に記載してください。 |                                 |           |              |  |
| 事業所指導者記入欄              | 事業所指導者からの<br>コメント               | ※上記記載に対するコメント等を具体的に記載してください。    |           |              |  |
|                        | 指導者氏名                           | 讃岐 花子                           | 職種等       | 主任介護支援専門員    |  |
|                        | 指導者<br>介護支援専門員登録番号              | 37050000                        | 連絡先       | 087-832-3275 |  |

(注意事項)

介護支援専門員として、就業後1ヶ月以内に提出をすること。

記入内容が1枚に収まらない場合は、複数枚に分けて記入することは差し支えないが、番号を付すこと。